

# Ex-post-Evaluierung – Philippinen

>>>

**Sektor:** Basisgesundheitsdienste (12220)  
**Vorhaben:** Programm zur Unterstützung der philippinischen Gesundheitsreformagenda, BMZ-Nr. 2006 65 109\*  
**Träger des Vorhabens:** Department of Health, Philippines



## Ex-post-Evaluierungsbericht: 2019

		(Plan)	(Ist)
Investitionskosten (gesamt) Mio. EUR		10,00	11,19
Eigenbeitrag	Mio. EUR	0,00	1,37
Finanzierung	Mio. EUR	10,00	9,82
davon BMZ-Mittel	Mio. EUR	10,00	9,82

\*) Vorhaben in der Stichprobe 2017

**Kurzbeschreibung:** Das vorliegende Projekt hat die philippinische Regierung bei der Umsetzung ihrer Gesundheitsreformagenda (Health Sector Reform Agenda – HSRA) unterstützt. Zur Stärkung der lokalen Regierungen, die nach der Dezentralisierung im Jahr 1991 für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich sind, wurden durch das FZ-Darlehen Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungserbringung finanziert. Die Maßnahmen umfassten 12 Endkredite sowie leistungsabhängige Zuschüsse an Kommunalverwaltungen, mit denen in insgesamt 21 Gesundheitseinrichtungen Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu sowie Maßnahmen zur Erhöhung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen finanziert wurden. Hauptinvestitionen waren die bauliche Sanierung und teilweise Erweiterung der bestehenden Einrichtungen sowie die Beschaffung von medizinischer und nicht-medizinischer Ausrüstung.

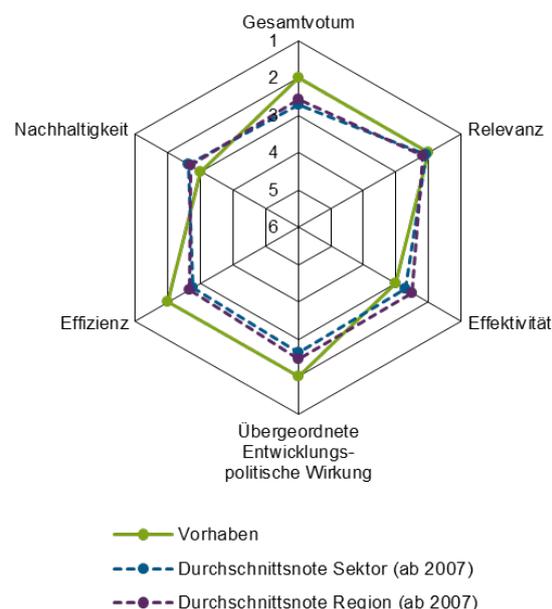
**Zielsystem:** Das Ziel auf der Outcome-Ebene war die Unterstützung der Umsetzung der philippinischen Gesundheitsreformagenda und die Verbesserung der Versorgungsleistungen von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Das Ziel auf der Impact-Ebene war, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere der Armen, zu leisten und zur Erreichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele beizutragen.

**Zielgruppe:** Die Zielgruppe war die gesamte Bevölkerung der teilnehmenden Kommunalverwaltungen und Provinzen, insbesondere die ärmeren Bevölkerungsgruppen, da diese in erster Linie auf die Leistungen der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen angewiesen sind.

## Gesamtvotum: Note 2

**Begründung:** Die Ausrichtung des Vorhabens erfolgte an nationalen Strategien und berücksichtigte die Unterstützung des Reformprogramms durch andere Geber. Die dezentrale Stärkung des Angebotes öffentlicher Gesundheitseinrichtungen war insbesondere für die ärmeren Bevölkerungskreise von hoher Relevanz. Die Effektivität der Maßnahmen zeigte sich an den verbesserten Serviceangeboten und den größtenteils wachsenden Nutzerzahlen der Einrichtungen. Die Effizienz ist angesichts der Komplexität des Vorhabens und der angemessenen Gesamtkosten trotz zeitlicher Verzögerung noch als gut zu werten. Die entwicklungspolitischen Wirkungen, die sich in einer verbesserten Gesundheitssituation der Bevölkerung der Provinzen niederschlagen, bewertet die Ex-post-Evaluierung ebenfalls positiv. Die Nachhaltigkeit wird durch das Risiko geringer operationaler Budgets auf kommunaler Ebene als noch zufriedenstellend bewertet.

**Bemerkenswert:** Das entwickelte Finanzierungskonzept, das Darlehen nur an solche Kommunalverwaltungen vergab, die einen Eigenbeitrag leisteten, führte durch den Hebeleffekt zu einer deutlichen Erhöhung des Investitionsvolumens. Die leistungsorientierte Zuschusskomponente zur Unterstützung des Reformprozesses entwickelte Modellcharakter für Projekte in anderen Bereichen (wie der Landwirtschaft).



# Bewertung nach DAC-Kriterien

## Gesamtvotum: Note 2

### Teilnoten:

Relevanz	2
Effektivität	3
Effizienz	2
Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen	2
Nachhaltigkeit	3

### Rahmenbedingungen und Einordnung des Vorhabens

Mit dem vorliegenden Programm wurde die philippinische Regierung bei der Umsetzung ihrer Gesundheitsreformagenda (Health Sector Reform Agenda – HSRA) unterstützt. Zur Stärkung der lokalen Regierungen, die nach der Dezentralisierung im Jahr 1991 für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich sind, wurden durch das FZ-Darlehen Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungserbringung finanziert. Die Maßnahmen umfassten 12 Endkredite an Local Government Units (LGU) und leistungsorientierte Zuschüsse, mit denen in insgesamt 21 Gesundheitseinrichtungen Investitionen für einen verbesserten Zugang und eine erhöhte Qualität der Gesundheitsdienstleistungen getätigt wurden. Hauptinvestition waren die bauliche Sanierung und teilweise Erweiterung der bestehenden Einrichtungen sowie die Beschaffung von medizinischer und nicht-medizinischer Ausrüstung.

### Relevanz

Die drei Hauptsäulen der philippinischen Gesundheitsreformagenda umfassten i) einen verbesserten Zugang zu qualitativ hochwertigen staatlichen Gesundheitsleistungen auf dezentraler Ebene; ii) eine verbesserte Absicherung finanzieller Risiken für die Bevölkerung durch steigende Nutzung der staatlichen Gesundheitsversicherung PhilHealth sowie ein verbessertes Leistungsangebot und iii) die Erreichung der Millennium Entwicklungsziele im Gesundheitssektor.<sup>1</sup> Zum Zeitpunkt der Projektprüfung (PP) im Jahre 2006 wies der philippinische Gesundheitssektor zwar kontinuierliche Verbesserungen auf, die im philippinischen Mid-term Development Plan für das Jahr 2004 gesetzten Etappenziele hinsichtlich der Kinder- und Müttersterblichkeit wurden jedoch deutlich verfehlt. Auf Basis der damaligen Situation konnte eine Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und die Erreichung der MDG im Jahre 2015 nur durch erhebliche zusätzliche Anstrengungen erreicht werden. Ein Vorhaben, das über eine verbesserte Leistungserbringung der öffentlichen Gesundheitsdienstleister die Qualität der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere der Armen, verbessern sollte, hatte damit erhebliche Relevanz.

Um die Implementierung zu beschleunigen, entschied die philippinische Regierung gemeinsam mit den im Gesundheitssektor engagierten internationalen Gebern (WHO, EU, ADB, Deutschland, Spanien), unter dem Schlagwort „FOURmula ONE for Health“ umfangreiche Investitionsmaßnahmen und technische Unterstützung durchzuführen. Dies sollte zunächst in wenigen Provinzen beginnen und dann auf alle Provinzen des Landes ausgeweitet werden. Die Strategie bestand darin, umfassende Lösungsansätze in den vier Komponenten Finanzen, Serviceangebot, Regulierung und Governance zu entwickeln und in einer konzertierten Aktion aller Partner umzusetzen.

Die Philippinen hatten zum Zeitpunkt der PP eine weitgehende Dezentralisierung vollzogen und einen vertikalen Finanzausgleich eingerichtet, so dass sowohl die Provinzen als auch die Kommunen über feste Zuweisungen von der Zentralregierung verfügten. Jedoch wurden ihnen auch weitreichende Aufgaben vor

<sup>1</sup> Die Millennium Entwicklungsziele der Vereinten Nationen wurden im Jahr 2000 formuliert und umfassten acht Entwicklungsziele für das Jahr 2015. Ziele im Gesundheitssektor waren: (i) Verringerung der Kindersterblichkeit um zwei Drittel zwischen 1990 und 2015; (ii) Bekämpfung von HIV, Aids, Malaria und anderen übertragbaren Krankheiten; (iii) Verbesserung der Gesundheit von Müttern in Hinblick auf die Reduzierung der Müttersterblichkeitsrate um zwei Drittel sowie den universellen Zugang zu Reproduktionsmedizin.

allem im Gesundheitswesen zugewiesen, die durch Finanztransfers nicht vollständig abgedeckt wurden. Da die Kommunen zumeist kaum über eigene Steuereinnahmen verfügten, waren die jährlichen Budgets lediglich ausreichend für laufende Kosten der Gesundheitseinrichtungen, für darüber hinausgehende Finanz- und Investitionsbedarfe fehlten die Mittel. Auch wenn das Gesundheitsministerium auf zentraler Ebene gewisse Mittel hierfür vorgesehen hatte, so waren diese nicht in ausreichendem Maße oder zum benötigten Zeitpunkt für die Kommunen erhältlich. Es war daher sinnvoll und relevant, die verantwortlichen dezentralen Kommunen zu unterstützen und Mittel für Infrastruktur und Ausrüstung zur Verfügung zu stellen, damit sie das Angebot an Gesundheitsversorgungsleistungen für die Bevölkerung auf dezentraler Ebene verbessern konnten, was den Einrichtungen zudem erhöhte Einnahmen aus den durch Phil-Health erstatteten Leistungen ermöglichte. Die dem Projekt zugrunde liegenden Wirkungsketten sind somit plausibel.

Da in die Krankenhausinfrastruktur schon vor der Dezentralisierung zu wenig investiert wurde und sich dies durch den Übergang der Zuständigkeiten auf die dezentralen Strukturen z.T. noch verschärft hatte, bestand ein großer Investitionsbedarf bei der Ausstattung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Die Gebäude waren oft in schlechtem Zustand und die Ausstattung veraltet, was dazu führte, dass die Krankenhäuser und Gesundheitsstationen in öffentlicher Trägerschaft qualitativ schlechtere Diagnose- und Behandlungsleistungen erbrachten. Während wohlhabendere Patienten auf private Dienstleister ausweichen konnten, hatten ärmere Patienten auf Grund fehlender Mittel diese Möglichkeit nicht. Adäquate Krankenhausinfrastruktur und Ausstattung waren daher die Grundvoraussetzung, um ein adäquates und qualitativ hochwertiges staatliches Dienstleistungsangebot im Gesundheitssektor für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Dies kommt insbesondere den Armen zugute, da sie nicht die Mittel haben, auf private Dienstleister auszuweichen.

Die Ausrichtung des Vorhabens erfolgte an nationalen Strategien und war Teil des koordinierten Unterstützungsrahmens der Gebergemeinschaft und komplementär zu den Maßnahmen anderer Geber, so dass keine Dopplungen erfolgten.

### Relevanz Teilnote:2

#### Effektivität

Das Ziel auf Outcome-Ebene war es, zur Umsetzung der Gesundheitsreformagenda durch die Verbesserung der Versorgungsleistungen öffentlicher Gesundheitseinrichtungen in teilnehmenden Provinzen beizutragen.

Zur Überprüfung des Ziels wurden vier Indikatoren vereinbart, die grundsätzlich zu einer Bewertung der Verbesserung der Versorgungsleistung der Einrichtung bzw. der LGU geeignet sind. Die Vielzahl der anderen Akteure im Rahmen des Sektorprogramms macht es jedoch schwer, den genauen Beitrag der FZ-Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsreformagenda zu bestimmen. Eine konkrete Zurechenbarkeit der FZ-Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation kann jedoch auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen bzw. LGU ausreichend hergestellt werden, so dass der erzielte Beitrag zur Umsetzung der Gesundheitsreformagenda daraus abgeleitet und im Rahmen der Ex-post-Evaluierung (EPE) plausibilisiert werden kann.

Indikator	Status PP, Zielwert PP	Ex-post-Evaluierung
(1) Auslastung der teilnehmenden Programmkrankenhäuser (Bettenbelegungsrate)	<p>PP: Die Bettenauslastung lag zwischen 56 % - 162 %; im Durchschnitt: 127 %*.</p> <p>Zielwert: Bettenauslastung ist angestiegen und liegt zwischen 80 % und 105 %.</p>	Die Bettenauslastung lag zwischen 59 % - 256 %; im Durchschnitt: 167 %**.

(2) PhilHealth Akkreditierung der teilnehmenden Krankenhäuser	PP: -***  Zielwert: 100 % der teilnehmenden Einrichtungen sind akkreditiert.	100 % der teilnehmenden Einrichtungen sind seit 2014 PhilHealth akkreditiert. Der Zielwert wurde somit erreicht.
(3) Gesamtzahl der Patientenkontakte in den Programmkrankenhäusern	PP: -***  Zielwert: Patientenkontakte sind um 20 % gestiegen.	Der Zielwert wurde erreicht.  Die Zahl der Patientenkontakte/Jahr hat sich bei den teilnehmenden Krankenhäusern um durchschnittlich 42 % erhöht.
(4) Patienten in Krankenhäusern der sekundären Ebene werden von primären Gesundheitseinrichtungen überwiesen	PP: -***  Zielwert: 75 %	Der Indikator ist nicht operationalisierbar, da diese Zahlen nicht systematisch erhoben werden. Aussagen hinsichtlich Funktionalität des Referenzsystems sind aus Daten zu Indikator 1 und 3 ableitbar.

Quelle: Statistiken der Gesundheitseinrichtungen, Abschlusskontrollbericht 2017, GITEC Report 2015. Es wurden 10 der 21 Einrichtungen in 6 der 12 LGUs erfasst und bewertet.

\* Die Verzerrung des Indikators mit Bettenbelegungsrate über 100 % kommt zustande, weil die offizielle Bed Occupancy Rate (BOR) anhand der Zahl der lizenzierten Betten gemessen wird, tatsächlich haben die größeren Hospitäler jedoch die 1-2-fache Anzahl.

\*\* Der Wert bezieht sich auf die erweiterten Bettenkapazitäten nach Beendigung der Infrastrukturinvestitionen.

\*\*\* Teilnehmende Einrichtungen waren zum Zeitpunkt der PP noch nicht bestimmt.

Indikator (1) zeigt, dass die durchschnittliche Auslastung der teilnehmenden Einrichtungen (im Sinne der Bettenbelegungsrate) zwischen den Jahren 2009 und 2017 von durchschnittlich 127 % auf 167 % angestiegen ist. Betrachtet man einzelne Einrichtungen, ergibt sich jedoch ein zweigeteiltes Bild. In den größeren Krankenhäusern (mehr als 50 Betten) sind die Belegungsrate zwischen den Jahren 2009 und 2017 von 135 % auf 176 % gestiegen. Wie auch das Krankenhauspersonal berichtete, werden diese Einrichtungen sehr gut genutzt und sind zum Teil bereits an der Grenze der Überauslastung. Durch die verbesserten und erweiterten Leistungen, die nach den Renovierungen/Neubauten angeboten werden können, sind die Einrichtungen, insbesondere die Krankenhäuser der Kategorie I bis III, in der Lage, neben verbesserten Leistungen für die Bevölkerung auch ein attraktiveres Angebot für privat zahlende Patienten zu leisten, was wiederum positive Auswirkungen auf die Einnahmen und damit die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Krankenhäuser hat.

In den kleineren Gesundheitseinrichtungen (5 bis 25 Betten) ist die Belegungsrate seit 2012 von 80 % auf 68 % im Jahr 2017 zurückgegangen. Dies kann jedoch nicht auf die mangelnde Qualität dieser Einrichtungen zurückgeführt werden, sondern vielmehr auf das strikter gewordene Lizenzierungssystem für Gesundheitseinrichtungen, das zu einem verringerten zugelassenen Serviceangebot und einer erhöhten Zahl an Überweisungen an die nächst höhere Ebene führt (siehe dazu auch weiter unten).

Die Nutzung der unterstützten Einrichtungen, gemessen an den Patientenkontakten (Indikator 3), ist insgesamt gut und ein um 20 % erhöhter Zielwert im Vergleich zum Jahr 2009 wurde für das Jahr 2017 fast überall, bis auf in einer der kleineren Einrichtungen, erreicht. Interessanterweise war bis zum Jahr 2013/14 fast durchweg ein Anstieg der Patientenzahlen zu verzeichnen. Während sich dieser Trend in den größeren Einrichtungen (Level I ab 50 Betten) fortsetzte, war ein rückläufiger Trend in den kleineren Einrichtungen zu beobachten. Zurückzuführen sei dies, so die Leiter der Einrichtungen, auf das verschärfte Lizenzierungssystem und die erhöhten Standards für Service Angebote und die dadurch erfolgte Herabstufung in einigen Einrichtungen (z.B. Camaran und Bato von "Level I" auf "Infirmery"). Wie bereits bei der Bettenbelegungsrate wird auch durch die Statistiken zu Patientenzahlen deutlich, dass kleinere Einrichtungen eher nicht ausgelastet sind, während die größeren Einrichtungen mit ihrer Vielzahl an Angeboten von sehr viel mehr Patienten aufgesucht werden.

Aus dieser dargestellten Entwicklung können auch Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des Referenzsystems abgeleitet werden. Auch wenn es kaum Daten zur Anzahl der Überweisungen von einer Re-

ferenzenebene auf die nächste gibt, so ist die hohe und teilweise sogar zu hohe Auslastung der großen Krankenhäuser und die normal bis geringe Auslastung der kleinen Einrichtungen ein Indikator dafür, dass das Referenzsystem nicht ausreichend funktioniert. Wie von den Leitern der Einrichtungen berichtet wird, funktioniere es zwar gut, dass komplizierte Fälle, die in den jeweiligen Einrichtungen nicht behandelt werden können oder dürfen, an die nächsthöhere Ebene überwiesen werden. Darüber hinaus kommen jedoch auch viele Patienten in den Level I und II Hospitälern an, die aus eigenem Entschluss direkt und ohne "Umweg" über kleine Gesundheitsstationen dorthin gehen. Eine Rücküberweisung kommt kaum, auch nicht in komplikationslosen Fällen, vor. "Patient's Choice" wurde vom Krankenhauspersonal als Grund angeführt. Der andere, auf ökonomischer Ebene liegende Grund dürfte sein, dass jeder zusätzliche Patient dringend benötigte, zusätzliche Einnahmen bedeutet. Die Schlussfolgerung im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit des Referenzsystems ist daher, dass es zwar von unten nach oben funktioniert, aber nicht in umgekehrter Richtung. Insgesamt führt das derzeitige System daher zu einer nicht optimal ausgewogenen Nutzung der Einrichtungen der verschiedenen Ebenen.

Alle teilnehmenden Einrichtungen waren zum Zeitpunkt der EPE bei PhilHealth akkreditiert.<sup>2</sup> Das bedeutet, dass zum einen ein zertifizierter Behandlungsstandard angeboten werden kann, und zum anderen, dass die Behandlungsleistungen der PhilHealth Mitglieder durch die Versicherung getragen werden. Der Indikator (2) gilt damit als erfüllt. Die Investitionen des Vorhabens haben dazu geführt, dass das Leistungsangebot in den teilnehmenden Einrichtungen verbessert und zumeist auch erweitert werden konnte, was den Patienten ein breiteres Angebot eröffnet und den Einrichtungen erhöhte Einnahmen aus den durch PhilHealth erstatteten Leistungen ermöglicht. Ebenfalls stieg die Zahl der PhilHealth Mitglieder von 74 % im Jahr 2010 auf 94 % im Jahr 2018 der berechtigten Gesamtbevölkerung an, was auf umfangreiche Maßnahmenbündel im Rahmen der Health Reform Agenda zurückzuführen ist.<sup>3</sup> Trotz der steten und erfolgreichen Ausweitung ist das PhilHealth System jedoch sehr komplex und oft unübersichtlich, sowohl auf der Angebotsseite (Lizenzierungsprozesse, Rückerstattungsprozeduren etc.) als auch der Nachfrageseite (Leistungspaket-Umfang, Unterstützungsmöglichkeiten für Arme etc.) und führt aufgrund dessen dazu, dass Gesundheitsleistungen nicht ausreichend genutzt werden.

### Effektivität Teilnote: 3

#### Effizienz

Das Vorhaben wurde durch das Gesundheitsministerium (Projekträger) als fachlich relevanten Vertreter, der die medizinische Qualität und Relevanz der umgesetzten Maßnahmen sicherstellen sollte, und das Finanzministerium (Darlehensnehmer), das für Vergabe und Weiterleitung der Kredite zuständig war, umgesetzt. Hinzu kamen in der Umsetzung die kommunalen Gebietskörperschaften als Endabnehmer der Kredite. Diese Trägerstruktur war sehr komplex und neu für die durchführenden Büros der jeweiligen Ministerien. Dies führte insbesondere zu Beginn des Vorhabens zu zeitlichen Verzögerungen, funktionierte in der Umsetzung dann aber recht gut, nachdem entsprechende Strukturen mit Unterstützung des Durchführungsconsultants erarbeitet waren. Der Eigenbeitrag der Kommunen und die Tatsache, dass es sich mehrheitlich um Kredite handelte, trugen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zur Effizienzsteigerung bei. Dadurch wurde sichergestellt, dass sich die geplante Infrastruktur sehr nah an dem realen Bedarf orientierte und auf Durchführungsebene ein Interesse an der kosteneffizienten Umsetzung der Mittel bestand. Der umfangreiche Genehmigungsprozess und die klar strukturierten Kriterien für die jeweiligen Einzelprojekte durch das Finanzministerium und das Gesundheitsministerium, mit Unterstützung des Durchführungsconsultants und finaler Zustimmung durch die FZ, waren die Grundlage für eine effiziente Durchführung. Die Ausschreibungs- und Vergabeprozesse wurden von den jeweiligen Kommunen nach nationalen Regeln durchgeführt und durch den Durchführungsconsultant eng begleitet. Zur Vergleichbarkeit und Beurteilung der Angebote kamen Richtwerte, z.B. für Baukosten/m<sup>2</sup>, zum Einsatz und die Bauüberwachung wurde durch die Kommunen durchgeführt, was insgesamt zu einer effizienten Umsetzung des Vorhabens beitrug.

Der zeitliche Rahmen für die Umsetzung war ursprünglich von 2006 bis 2011 vorgesehen, hat sich dann aber bis Anfang 2017 ausgeweitet. Trotz der deutlichen Abweichung von der ursprünglichen Planung

<sup>2</sup> Siehe Website von PhilHealth :<https://gis.philhealth.gov.ph>.

<sup>3</sup> Siehe PhilHealth Statistical Reports im Jahr 2010 und 2018.

kann der Zeitrahmen als noch als angemessen und vertretbar für die Umsetzung dieses komplexen Vorhabens angesehen werden. Eine Beschleunigung hätte möglicherweise durch häufigere Fortschrittskontrollen seitens der FZ erzielt werden können, denn in der gesamten Umsetzungszeit wurden lediglich zwei Fortschrittskontrollen vor Ort durchgeführt (im Jahr 2010 und 2015).

Die Consultingkosten sind aufgrund des zusätzlichen Zeitbedarfs, aber auch durch eine notwendige Erweiterung des Aufgabenbereiches um knapp 94 % gestiegen. Trotzdem sind die Gesamtkosten für den internationalen Consultant mit 7,8 % der FZ-Mittel sehr gering. Der durchschnittliche Quadratmeterpreis für Gebäude betrug zwischen 250 und 350 Euro und ist im Hinblick auf den erreichten Standard angemessen. Insgesamt wird die Produktionseffizienz als gut bewertet.

Das zu Beginn des Programmes entwickelte Finanzierungskonzept, das darauf beruhte, dass nur solche Kommunalverwaltungen Finanzmittel erhalten, die bereit und in der Lage sind, einen Eigenbeitrag zu leisten, hat sich als sehr effizient erwiesen. Die von der Zentralregierung erhaltenen Darlehensmittel wurden durch das "Municipal Development Office" des Finanzministeriums an die lokale Ebene als Darlehen/Zuschuss-Mix weitergeleitet, welcher die Kosten zwischen nationalen und lokalen Regierungsstellen aufteilte und den Eigenanteil an der finanzieller Leistungsfähigkeit bzw. Einkommensklasse der Kommunen bemaß. Der Nachweis der Eigenanteile und die Fähigkeit zur Rückzahlung der Kredite waren neben den technisch-fachlichen Aspekten die wichtigsten Kriterien bei der Bewertung der Anträge. Dieser Ansatz hat am Ende dazu geführt, dass 25 % der Mittel der durchgeführten Einzelprojekte durch Eigenmittel der Kommunen finanziert wurden. Die durch diesen Finanzierungsmechanismus angewandte Hebelung von Eigenkapital hat zu einer Erhöhung des ursprünglich für Infrastruktur und Ausrüstung zur Verfügung stehenden Investitionsvolumens um knapp 20 % geführt, was als positives Ergebnis in Hinblick auf die Allokationseffizienz gesehen werden muss. Die Tilgung der Darlehensmittel hat zum Zeitpunkt der EPE bereits begonnen und liegt im vertraglich vereinbarten Zeitrahmen. Ebenfalls positiv im Hinblick auf die Allokationseffizienz ist zu bewerten, dass insbesondere ärmere Bevölkerungsschichten von den Versicherungsleistungen profitieren. Zusätzlich wurden leistungsorientierte Zuschüsse (Performanced-Based Grants) zur Investition in ergänzende Baumaßnahmen und Ausrüstung an die LGUs vergeben, die als Anreiz und Motivation für die Umsetzung der HSRA dienten und Modellcharakter für weitere Projekte entwickelten.

### Effizienz Teilnote: 2

#### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen

Entwicklungspolitisches Oberziel des Vorhabens war es, einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in den teilnehmenden Provinzen zu leisten. Als Indikatoren für das Oberziel wurde bei Prüfung festgelegt, dass in den teilnehmenden LGUs die Millenniums-Entwicklungsziele der Mütter- und Kindersterblichkeit erreicht werden sollten. Grundsätzlich sind das geeignete Indikatoren. Im Rahmen der EPE sollen jedoch auch Entwicklungen im Hinblick auf Morbidität sowie im Bereich Mütter- und Kinder- versorgung betrachtet werden, um daraus den Beitrag der FZ-Maßnahme an der Veränderung der Gesamtsituation in den Programmprovinzen plausibilisieren zu können.

Indikator		2007	2010	2012	2013	2014	2015	2016
(1) Säuglingssterblichkeit (Weniger als 26,7 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten)	National	9,2	8,69	8,68	8,13	8,3	7,91	8,15
	Programm Provinzen	6,98	5,5	7,2	7,05	5,99	5,73	5,74
(2) Kindersterblichkeit unter 5 Jahren ( 19 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten )	National	N/A	N/A	11	10,8	11,65	10,93	11,49
	Programm Provinzen	N/A	N/A	9,97	10,11	8,53	7,7	6,72
(3) Müttersterblichkeit (Weniger als 52 Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten)	National	60	65	64,76	69,88	73,89	73,63	66,51
	Programm Provinzen	77,5	73,12	76,1	74,02	73,47	106,97	67,91

(4) Anteil an fachlich begleiteten Geburten	National	32,8	43,23	67,64	74,79	81,22	85,5	88,67
	Programm Provinzen	36,62	44,59	61,89	71,03	73,02	76,80	89,49
(5) Postnatale Versorgung (mit mind. 2 postnatalen Besuchen)	National	N/A	53,33	52,71	61,48	65,28	61,82	60,97
	Programm Provinzen	N/A	53,71	58,97	68,72	70,8	69,75	66,87

Quelle: Field Health Service Information System Annual Reports 2009-2016.

Betrachtet man die Gesundheitssituation auf Ebene der teilnehmenden Programmprovinzen, so ergibt sich, dass die Säuglingssterblichkeit im Vergleich zum Jahr 2007 um 18 % und die Kindersterblichkeit seit dem Jahr 2012 um 33 % gesunken ist. Das Ergebnis lag im Rahmen der Zielvorgaben für das MDG 4, das bei höchstens 19/1.000 Lebendgeburten bei Säuglingen und 26,7/1.000 Lebendgeburten bei Kindern unter 5 Jahren lag. Die Müttersterblichkeit hat sich ebenfalls verbessert und ist seit dem Jahr 2007 in den teilnehmenden Provinzen um 12 % gesunken, erreicht aber nicht das vorgegebene MDG Ziel von weniger als 52 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten.

Vergleicht man die Durchschnittswerte der Provinzen mit den nationalen Werten, so wird deutlich, dass die Werte für Säuglingssterblichkeit und Kindersterblichkeit in den Provinzen im Jahr 2016 unter dem nationalen Durchschnitt lagen. Während die Müttersterblichkeit in den Programmprovinzen im Jahr 2007 noch deutlicher höher als im nationalen Vergleich lag, hatte sich die Rate im Jahr 2016 weitgehend angeglichen. Auch wenn diese Entwicklung auf Grund der Vielzahl der Einflüsse nicht ausschließlich auf das Vorhaben zurückgeführt werden kann, so kann sie doch als Indikator dafür herangezogen werden, dass das Sektorreformprogramm in diesen Provinzen erfolgreich war.

Wie in obiger Tabelle dargestellt, hat sich der Anteil an fachlich begleiteten Geburten von 37 % im Jahr 2007 auf 89 % im Jahr 2016 verbessert und die postnatale Versorgung in den Programmprovinzen ist kontinuierlich von 54 % im Jahr 2010 auf 67 % im Jahr 2016 angestiegen. Dies ist eine Entwicklung, die unmittelbar mit der Einrichtung und Verbesserung von dezentralen Gesundheitszentren und Entbindungsstationen einhergeht, die im Rahmen des Vorhabens und im Rahmen der Gesundheitsreformagenda vorangetrieben wurde. Auch im Hinblick auf Geburtenkontrolle und Fertilitätsrate leisten dezentrale Einrichtungen einen wichtigen Beitrag; die Fertilitätsrate hat sich auf nationaler Ebene von 3,5 im Jahr 2003 auf 2,7 im Jahr 2017 reduziert.

Die Entwicklung und Umsetzung der "Performance-Based Grant" Komponente, bei der Zuwendungen an einzelne LGUs an die konkrete Performance im Gesundheitsbereich gekoppelt waren, war ein Novum in der Zusammenarbeit zwischen nationalen Strukturen des Gesundheitsministeriums und den Lokalverwaltungen. Es hat sich als ein sehr innovatives und effektives Instrument herausgebildet und hat auch über das Projekt hinaus Modellcharakter für andere Vorhaben erlangt.

### Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen Teilnote: 2

#### Nachhaltigkeit

Alle vom Vorhaben finanzierten Gesundheitseinrichtungen waren zur Zeit der EPE in Betrieb, auch die in der Abschlusskontrolle (AK) angemerkten, ungenutzten Räumlichkeiten werden mittlerweile wie vorgesehen genutzt. Die zur Zeit der AK noch nicht fertiggestellten Krankenhäuser in Lanao del Norte und Zamboanga sind ebenso voll funktionsfähig und werden für die vorgesehenen Zwecke genutzt. Es konnten keine gravierenden negativen Auswirkungen auf Effizienz und Nachhaltigkeit auf Grund der Verzögerung bei der Fertigstellung und Inbetriebnahme der Hospitals in Lanao del Norte festgestellt werden, da die Abweichungen von den ursprünglichen Plänen eine Erhöhung der gebauten Quadratmeter beinhaltete und die aufgetretenen Mehrkosten vollumfänglich von der verantwortlichen Kommunalverwaltung getragen wurden.

Auch die beschafften medizinischen Geräte (Ultraschallgeräte, Monitore für Intensivstation, Inkubatoren, Ausstattung für OPs etc.) und beschaffte Ausrüstung (Betten, Rollstühle, Laborzubehör, Büroausstattung,

Generatoren) befanden sich bis auf wenige Ausnahmen in regulärer Nutzung und in gutem Wartungszustand. Für größere Geräte liegen Wartungsverträge vor.

Die Bau- und Ausführungsqualität ist vor dem Hintergrund der Investitionskosten/m<sup>2</sup> als angemessen zu bezeichnen. Im Hinblick auf möglicherweise voraussehbare Schwächen in Unterhalt und Wartung ist sie jedoch zu gering ausgefallen, so dass teilweise bereits ein gewisser Verfall (insbesondere bei Gebäuden die bereits mehr als 6 Jahre in Betrieb sind) deutlich sichtbar war. Trotz Einhaltung der Vorschriften des Gesundheitsministeriums waren Schwächen beim Infrastrukturplanungsprozess zu verzeichnen, die sich teilweise in verminderter Nachhaltigkeit der Investitionen auswirken und in einigen Fällen bereits wenige Jahre nach Fertigstellung größere Reparaturen nach sich gezogen haben.

Nach Abschluss von Baumaßnahmen für Krankenhäuser oder Gesundheitsstationen fallen diese komplett in die Verantwortung der jeweiligen Kommunalverwaltung und es ist deren Verantwortung, die notwendigen Mittel für den Betrieb zur Verfügung zu stellen. Die Budgets, die ihnen dafür von der Zentralregierung zur Verfügung gestellt werden, sowie ihre eigenen meist recht begrenzten Steuereinnahmen steigen jedoch nicht in dem Maße wie die Zahl und Serviceangebote der Gesundheitseinrichtungen. Das ist für die meisten Kommunen eine große Herausforderung und führt häufig zur Unterfinanzierung der Einrichtungen, zumal die Bereitstellung von Mitteln meist nicht nur auf technischen und medizinischen Notwendigkeiten basiert, sondern abhängig ist von den Prioritäten und parteipolitischen Überlegungen der jeweiligen Provinzregierung. Während bei akutem Reparaturbedarf oder im Falle von Naturkatastrophen finanzielle Mittel von der jeweiligen Provinzregierung in der Regel bereitgestellt wurden, entsprachen Budgets für laufende Kosten (Löhne, Gehälter, Unterhalt und Wartung) selten dem Bedarf bzw. der Notwendigkeit. Insgesamt kann die Nachhaltigkeit in Bezug auf Unterhalt und Wartung jedoch gerade noch als zufriedenstellend bezeichnet werden. Die Qualität und Attraktivität der staatlichen Häuser könnte jedoch deutlich verbessert werden, wenn auch die Instandhaltung in staatlichen Einrichtungen ausreichend adressiert werden würde, wie Einrichtungen aus dem Privatsektor eindrücklich belegen.

Ein externes Risiko und eine zusätzliche Belastung in Bezug auf Nachhaltigkeit ist das regelmäßige Vorkommen von Naturkatastrophen wie Taifunen, Flutwellen und Erdbeben. Insbesondere nach dem verheerenden Taifun Yolanda im Jahr 2013 wurden viele Lehren gezogen und entsprechende "Disaster Preparedness" Pläne entwickelt, die nun von allen Regionalverwaltungen umgesetzt werden müssen.

### **Nachhaltigkeit Teilnote:3**

### Erläuterungen zur Methodik der Erfolgsbewertung (Rating)

Zur Beurteilung des Vorhabens nach den Kriterien **Relevanz, Effektivität, Effizienz, übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen** als auch zur abschließenden **Gesamtbewertung** der entwicklungspolitischen Wirksamkeit wird eine sechsstufige Skala verwandt. Die Skalenwerte sind wie folgt belegt:

<b>Stufe 1</b>	sehr gutes, deutlich über den Erwartungen liegendes Ergebnis
<b>Stufe 2</b>	gutes, voll den Erwartungen entsprechendes Ergebnis, ohne wesentliche Mängel
<b>Stufe 3</b>	zufriedenstellendes Ergebnis; liegt unter den Erwartungen, aber es dominieren die positiven Ergebnisse
<b>Stufe 4</b>	nicht zufriedenstellendes Ergebnis; liegt deutlich unter den Erwartungen und es dominieren trotz erkennbarer positiver Ergebnisse die negativen Ergebnisse
<b>Stufe 5</b>	eindeutig unzureichendes Ergebnis: trotz einiger positiver Teilergebnisse dominieren die negativen Ergebnisse deutlich
<b>Stufe 6</b>	das Vorhaben ist nutzlos bzw. die Situation ist eher verschlechtert

Die Stufen 1–3 kennzeichnen eine positive bzw. erfolgreiche, die Stufen 4–6 eine nicht positive bzw. nicht erfolgreiche Bewertung.

### Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wird anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet:

Nachhaltigkeitsstufe 1 (sehr gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit unverändert fortbestehen oder sogar zunehmen.

Nachhaltigkeitsstufe 2 (gute Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nur geringfügig zurückgehen, aber insgesamt deutlich positiv bleiben (Normalfall; „das was man erwarten kann“).

Nachhaltigkeitsstufe 3 (zufriedenstellende Nachhaltigkeit): Die (bisher positive) entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens wird mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich zurückgehen, aber noch positiv bleiben. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die Nachhaltigkeit eines Vorhabens bis zum Evaluierungszeitpunkt als nicht ausreichend eingeschätzt wird, sich aber mit hoher Wahrscheinlichkeit positiv entwickeln und das Vorhaben damit eine positive entwicklungspolitische Wirksamkeit erreichen wird.

Nachhaltigkeitsstufe 4 (nicht ausreichende Nachhaltigkeit): Die entwicklungspolitische Wirksamkeit des Vorhabens ist bis zum Evaluierungszeitpunkt nicht ausreichend und wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht verbessern. Diese Stufe ist auch zutreffend, wenn die bisher positiv bewertete Nachhaltigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend zurückgehen und nicht mehr den Ansprüchen der Stufe 3 genügen wird.

Die **Gesamtbewertung** auf der sechsstufigen Skala wird aus einer projektspezifisch zu begründenden Gewichtung der fünf Einzelkriterien gebildet. Die Stufen 1–3 der Gesamtbewertung kennzeichnen ein „erfolgreiches“, die Stufen 4–6 ein „nicht erfolgreiches“ Vorhaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Vorhaben i. d. R. nur dann als entwicklungspolitisch „erfolgreich“ eingestuft werden kann, wenn die Projektzielerreichung („Effektivität“) und die Wirkungen auf Oberzielebene („Übergeordnete entwicklungspolitische Wirkungen“) **als auch** die Nachhaltigkeit mindestens als „zufriedenstellend“ (Stufe 3) bewertet werden.